1898-99 FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE & AU TRAITEMENT

DES

HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES

Aux Opérations pratiquées sur les Voies biliaires

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Mercredi 10 Mai 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Frédéric RENAULD

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE MUSTAPHA (ALGER)

Né à Nancy, le 1er Octobre 1866.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur.....	*Président.*
	SPILLMANN	professeur.....	*Juges.*
	FÉVRIER	agrégé.....	
	ANDRÉ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

1898-99 FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE & AU TRAITEMENT

DES

HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES

Aux Opérations pratiquées sur les Voies biliaires

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement,

le Mercredi 10 Mai 1899, à 3 heures de l'après-midi,

PAR

Frédéric RENAULD

ANCIEN INTERNE DE L'HÔPITAL DE MUSTAPHA (ALGER)

Né à Nancy, le 1er Octobre 1866.

Examinateurs de la Thèse :

MM.	WEISS	professeur.....	*Président.*
	SPILLMANN	professeur.....	*Juges.*
	FÉVRIER	agrégé.....	
	ANDRÉ	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ✪, HERRGOTT ✲, I ✪, HECHT ✲, I ✪, BEAUNIS ✲, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ✪, professeur.
Pathologie externe	M. FRŒLICH, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MAGÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ✪.	FRŒLICH, A ✪.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ✪.	ANDRÉ.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪. REMY, A ✪, P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

A TOUS MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER ET DE L'HÔPITAL DE MUSTAPHA

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547206_0073

INTRODUCTION

Dans cette étude nous ne nous occuperons pas des hémorrhagies, pouvant être considérées comme une complication directe de l'opération : telle que la non oblitération d'un vaisseau ; la rupture d'adhérences ; la chute prématurée d'une ligature, ou même due à la résorption trop rapide d'un catgut, et enfin toutes celles dépendant de la même cause.

Les hémorrhagies que nous désirons étudier ici sont sous la dépendance de l'état d'insuffisance du foie, dont elles ne sont, du reste, qu'un des symptômes.

Jusqu'ici, cette complication de la chirurgie de l'obstruction biliaire n'a pas été pour ainsi dire remarquée, et son étiologie, encore moins recherchée. Dans les nombreux et intéressants travaux publiés sur cette question, en tête desquels il faut placer ceux de M. le Professeur Terrier, elle n'a pas été signalée.

Cependant au mois de juin dernier, M. Quénu rapporta à la Société de chirurgie que dans un cas, en pratiquant l'exploration du cholédoque avec un stylet, il provoqua une hémorrhagie tellement abondante qu'il crut avoir déchiré la veine porte ; ce qui nous prouve, ajoute-t-il, une fois de plus, que, comme aimait à le répéter Verneuil, les hépatiques ont une prédisposition remarquable pour les hémorrhagies. Dans la même séance, M. Ricard rapporta, à l'appui de cette opinion, un cas de sa pratique personnelle, dans lequel le malade succomba à des hémorrhagies en nappes, survenues à la suite de l'opération.

Nous publions plus loin cette intéressante observation, et il est facile de se rendre compte, en la lisant, de l'origine de cette complication ; mais cependant, pas plus que son collègue, M. Ricard ne s'en est occupé.

Il est fort regrettable que ces hémorrhagies n'aient pas attiré plus tôt l'attention des chirurgiens ; car chaque fois que l'on est appelé à intervenir tardivement, dans des conditions que nous étudierons plus loin, on risquera de les voir se produire.

Nous avons pu retrouver dans la littérature

médicale deux observations publiées à un autre point de vue, où des hémorrhagies ont été notées ; dues également, croyons-nous, à l'état infectieux de la glande hépatique ; dans une troisième observation, de M. Quénu, et publiée dans la thèse de Lepetit, la nature de celles-ci, quoique dépendant directement de l'opération, eût pu être attribuée à la même origine.

Mais, en la lisant avec soin, il est facile de se rendre compte que l'hésitation n'était guère possible ; aucun symptôme d'infection générale ne s'était montré, sauf, bien entendu, l'affaiblissement très rapide causé par l'hémorrhagie. Aussi, avons-nous cru devoir les rapporter.

C'est M. le Professeur Weiss, qui le premier, dans une leçon clinique faite en janvier 1899, à l'occasion d'un malade dont nous publions, grâce à son obligeance, l'observation, a attiré l'attention sur leurs causes et sur l'intérêt majeur qu'il y avait à opérer de bonne heure en cas de rétension biliaire, quelle qu'en soit l'origine, afin d'éviter que la déchéance du foie ne se produise sous cette cause,

A cette occasion, ce maître bienveillant nous

rapporta également un cas provenant de sa clientèle : chez un malade atteint d'oblitération, très probablement cancéreuse, du cholédoque, la même complication se produisit, quoiqu'après l'intervention une grande amélioration ait été notée pendant quelques jours. Malheureusement celle-ci ayant eu lieu trop tardivement, bien contre son gré, quand le malade était en pleine cholémie, elle ne pouvait être que passagère.

Fait fort intéressant à noter, l'hémorrhagie ne se produisit pas par la plaie, mais bien sous forme d'hématémèses, comme on le note souvent dans l'ictère grave.

Dans les pages qui vont suivre, nous nous proposons d'étudier les symptômes et l'étiologie de ces hémorrhagies, et enfin d'insister sur leur traitement, qui sera avant tout prophylactique.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à nous acquitter de la dette contractée envers ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales.

C'est donc avec satisfaction que nous saisissons cette occasion pour exprimer publiquement notre gratitude à nos anciens Maîtres de l'École de médecine d'Alger et de l'hôpital civil de Mustapha.

A notre arrivée à la Faculté de médecine de Nancy, nous avons reçu, de la part des Maîtres si distingués qui la composent, le plus bienveillant accueil ; aussi sommes-nous heureux de pouvoir leur adresser l'assurance de notre vive reconnaissance.

Que M. le Professeur Spillmann veuille bien accepter nos sincères remerciements et nos hommages respectueux. M. le Professeur Weiss a été pour nous plein de bontés ; aujourd'hui, il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de croire à notre profonde gratitude et à l'assurance de notre respectueux dévouement.

MM. les Professeurs agrégés : André, Février, Frœlich, Haushalter, Etienne, Rohmer et Zilgien ont droit à toute notre gratitude, ainsi que MM. les chefs de clinique de la Faculté.

CHAPITRE PREMIER

Un malade atteint, depuis un temps plus ou moins long, d'obstruction permanente du cholédoque, accompagnée de symptômes manifestes d'insuffisance hépatique, est opéré : à la suite de la cholécystostomie, complétée dans certains cas par une cholédochotomie, ou autre opération de même nature, on voit l'état général du malade s'améliorer souvent pendant quelques jours.

Cette amélioration est produite par le véritable drainage des voies biliaires que l'on obtient par l'ouverture de la vésicule et la création d'une fistule cutanée qui permet à la bile de s'écouler librement.

Mais l'on conçoit facilement que si l'intervention a eu lieu tardivement, quand la dégénérescence du foie est complète, elle ne sera que tout à fait passagère, et quelques jours après l'opération l'état général redevient mauvais ou

même aucune amélioration ne se produira. L'amaigrissement augmente rapidement, des vomissementssont notés, les urines diminuent, contiennent des pigments biliaires en abondance et la température s'abaisse le plus souvent ; des symptômes nerveux peuvent être notés, ou le malade ne tarde pas à tomber dans une torpeur profonde que seuls des soubresauts nerveux viennent interrompre.

En même temps que se déroulent ces accidents ou même les précédents, on peut voir apparaître par la plaie spontanément, ou à la suite d'un pansement ou d'une exploration des voies biliaires, une hémorrhagie ayant quelques symptômes spéciaux.

En pareil cas, on se trouvera en présence d'un écoulement sanguin en nappe provenant des parois de la vésicule biliaire, ou de celles du cholédoque. Le sang vient de partout à l'état de suintement, il est donc fort difficile de se rendre maître de l'hémorrhagie.

Dans le cas de Claude B..., il paraissait venir de l'intérieur de la vésicule biliaire, sans qu'il fût possible d'expliquer sa présence par la lésion d'un vaisseau quelconque. M. le Professeur Weiss eut l'ingénieuse idée de pratiquer l'ex-

ploration de l'intérieur de cette cavité à l'aide d'une petite lampe électrique, ce qui permit d'explorer facilement toutes les anfractuosités de cet organe, sans pouvoir cependant trouver un point où une pince hémostatique eût pu être appliquée, le sang venant de partout à l'état de suintement.

Un des caractères de ces hémorrhagies est leur persistance et le peu d'action que les agents thérapeutiques ont sur elles, ce qui s'explique facilement étant donné qu'elles sont un symptôme d'un état pathologique du foie. Lorsque nous nous occuperons du traitement, nous reviendrons sur cette question.

On pourra, croyons-nous, facilement les diagnostiquer, grâce à l'état général du malade : au lieu de voir, sous l'influence de l'intervention, l'affection marcher rapidement vers sa guérison, après une amélioration passagère, les symptômes généraux augmentent et les hémorrhagies qui nous occupent se produisent au milieu des symptômes que nous avons décrits plus haut et qui sont ceux de l'ictère grave secondaire.

La marche de ces hémorrhagies dépendra surtout de l'état d'infection de la glande hépati-

que; aussi, quand l'insuffisance de cet organe sera complète, elles persisteront, quoi qu'on fasse, jusqu'à ce que la terminaison fatale se produise.

Quand une amélioration se produit dans l'état du malade, comme on peut le constater dans une observation de Kuster que nous relatons plus loin ou malgré le rétablissement du cours de la bile et l'établissement d'une fistule biliaire, l'état général resta mauvais et l'on vit alors se produire par celle-ci une hémorrhagie en nappe qui, malgré un tamponnement énergique, persista pendant plusieurs jours.

Une thermo-cautérisation fut faite juste au moment où une grande amélioration se produisait chez l'opéré ; l'hémorrhagie cessa et le malade guérit.

L'auteur qui publie cette observation au point de vue du résultat opératoire n'a pas insisté sur l'origine de cette complication qui était certainement due à l'état d'insuffisance du foie.

Aussi leur pronostic pourra-t-il être établi, non pas tant par l'abondance de l'hémorrhagie, mais bien par l'examen des symptômes généraux et surtout par l'analyse journalière des urines :

on notera avec soin leur quantité, leur coloration ; l'urobilinurie, l'indicanurie, la recherche du sucre et de l'albumine ainsi que la glycosurie alimentaire, seront de bons guides.

Si, quelques jours après l'opération, les urines subissent une modification, il faudra se méfier surtout si elles contiennent une grande quantité d'urobiline, leur quantité étant très diminuée, tandis que quand une crise urinaire se produira, l'on pourra espérer les éviter ou tout au moins le pronostic sera bien plus favorable.

Un facteur important qu'il faudra toujours étudier avec soin chaque fois que l'on sera appelé à intervenir en cas de rétention biliaire, c'est l'état antérieur du foie.

Quand cet organe aura été surmené par l'alcoolisme, le paludisme, le saturnisme, les grossesses répétées chez la femme, enfin par tous les états pathologiques susceptibles d'altérer la cellule hépatique, il est évident qu'en cas de rétention biliaire les phénomènes d'insuffisance hépatique éclateront bien plus tôt et seront très sérieux.

On voit, par la lecture des symptômes que nous venons de décrire plus haut, que ces hé-

morrhagies diffèrent tout à fait de celles pouvant être considérées comme dépendant directement de l'opération.

M. Vincent publia dans la *Revue de Chirurgie*, en 1888, une observation de cholécystostomie, selon la méthode de Ransohoff, faite chez un enfant de huit ans présentant des symptômes d'obstruction biliaire.

A la suite de l'opération, une amélioration manifeste se produisit, le pansement fut taché par un écoulement biliaire, les urines furent plus abondantes et le petit malade reposa.

Vers le troisième jour, quoique l'état général allât en s'améliorant, il se produisit, par la plaie, une hémorrhagie qui, malgré un pansement au penghawar, la compression, la glace et les hémostatiques employés en pareil cas, ne permit pas de s'en rendre maître, et l'enfant succomba le dixième jour.

L'autopsie expliqua leur cause : le foie s'était usé contre les fils d'argent d'une suture enchevillée, profonde, qui avait été faite pour rapprocher les lèvres de la plaie à la partie supérieure de l'incision ; ceux-ci ayant été laissés rapidement à nu sous l'influence de la nécrose des couches profondes pariétales, sous l'étreinte de la suture enchevillée.

Cet organe s'était érodé contre eux pendant les mouvements d'ascension et de descente qu'il subit sous l'influence des mouvements respiratoires.

Nous rapportons cette observation, car c'est le seul cas que nous ayons pu trouver où l'origine de ces hémorrhagies eût pu prêter à l'hésitation.

CHAPITRE II

En lisant les observations que nous avons pu réunir se rapportant à cette intéressante question, on est frappé de voir que, dans tous les cas avant l'intervention, on avait noté, chez tous les malades, des symptômes d'insuffisance hépatique grave due à l'infection ascendante des voies biliaires et du foie, infection qui s'était développée lentement à la suite de leur obstruction par un mécanisme aujourd'hui bien connu, grâce aux travaux de MM. Duclaux, Netter, Dupré, Gilbert, Girode, Thiroloix et Dominici pour ne citer que les principaux.

A l'état normal, les canaux biliaires, la vésicule et la bile sont aseptiques; ils ne contiennent aucune bactérie, quoique l'embouchure du cholédoque soit normalement, jusqu'à une certaine distance, habitée par les microbes.

Dans les maladies générales ou même biliaires, la bile est stérile; chez les animaux, celle de

la vésicule est aseptique et l'épanchement de la bile dans le péritoine ne détermine pas de péritonite ; la bile normale est donc aseptique et stérile, mais elle n'est pas, comme on l'a cru longtemps, microbicide ; elle ne détruit pas les bactéries, étant, au contraire, un excellent milieu de culture pour celles-ci et pouvant être comparée au bouillon ordinaire.

Si, à l'état normal, les voies biliaires sont aseptiques, c'est grâce à la bile qui exerce, par son courant, une action mécanique. Aussi, tout obstacle dans l'écoulement de ce liquide favorisera-t-il leur envahissement par les microbes qui habitent normalement le duodénum et la dernière portion du cholédoque. C'est surtout sous l'influence de l'obstruction calculeuse de ce canal que leur infection se produit.

On sait, d'après les intéressantes recherches de Dupré, que les conditions relatives aux calculs sont inhérentes au siège, au nombre et à la forme des cholélithes.

En vertu du régime microbien normal des voies biliaires, on peut établir, relativement à leur siège, la loi générale suivante : « Plus les calculs sont éloignés de l'intestin, moins ils donnent de prise à l'infection. » (Dupré.)

La forme des calculs a aussi son rôle dans l'infection biliaire : ceux ayant une surface lisse et unie, une forme sphéroïdale, des arêtes mousses, favoriseront moins l'apparition de l'angiocholite que ceux présentant de vives aspérités aiguës, grâce auxquelles ils blessent la muqueuse dans leur déplacement.

Sous l'influence de la rétention biliaire, une angiocholite se déclare, l'angiocholite devient de la péri-angiocholite et ce processus aboutit à une hépatite interstitielle diffuse. Le foie se trouve donc en état d'insuffisance qui peut être passagère, si le cours de la bile est promptement rétabli, soit spontanément, soit grâce à une opération qui permettra son écoulement. Dans le cas contraire, une dégénérescence lente du parenchyme hépatique ne tarde pas à se produire, et enfin il peut survenir une altération destructive rapide des éléments cellulaires, surtout si, comme nous le disions dans le chapitre précédent, le foie y est prédisposé par une lésion antérieure.

Dans la rétention biliaire passagère, l'insuffisance hépatique se réduit à un simple trouble momentané, mais quand elle devient permanente le malade maigrit rapidement. Ordinaire-

ment l'ictère est intense, mais il peut n'apparaître que tardivement ou même manquer, fait important à noter.

MM. Gilbert et Fournier, dans leur intéressant article sur l'insuffisance hépatique du traité de médecine de MM. Brouardel et Girode (1), nous en ont donné une fort bonne description que nous croyons devoir rapporter ici :

« Lorsque les lésions cellulaires sont très « accentuées, on voit apparaître le tableau des « grandes insuffisances hépatiques. Le malade, « ordinairement ictérique amaigri, est dans la « torpeur; la langue est sale, desséchée; des « vomissements jaunâtres, verdâtres, se produi- « sent; le ventre est météorisé; dans certains « cas il y a de l'ascite, les selles sont diarrhéi- « ques ; le malade se plaint d'une fatigue in- « tense, de céphalalgie, d'oppression, d'insom- « nie; parfois des troubles nerveux se montrent « rapidement : délire, agitation nocturne, « soubresauts, convulsions; cette phase d'exci- « tation manque souvent.

« Le plus ordinairement le malade tombe

(1) *Traité de Médecine de Brouardel et Girode*, t. V, f. 65.

« d'emblée dans une somnolence dont on a « peine à le tirer.

« Le rythme respiratoire est modifié : à une « inspiration lente succède une expiration « brusque, parfois suivie d'une longue pause ; « dans quelques cas on observe le rythme de « Cheyne Stokes.

« Le pouls est rapide, inégal, intermittent ; « la température s'abaisse au-dessous de la « normale, les extrémités se refroidissent, des « hémorrhagies se produisent (épistaxis, gas- « trorrhagies, purpura, etc.).

« Le facies est grippé, la peau sèche, l'amai- « grissement considérable.

« Les urines rares, extrêmement pauvres en « urée, contiennent de l'urobiline, du pigment « rouge, brun, dans certains cas des pigments « biliaires normaux. Elles renferment en outre « de l'albumine, de la leucine, de la tyrosine, « de la xanthine. Elles sont extrêmement toxi- « ques, tant que du moins la perméabilité rénale « est intacte.

« L'évolution est rapide ; ordinairement le « malade meurt dans le coma hypothermique du « huitième au dixième jour. Parfois le délire et « des accidents convulsifs marquent la période « ultime. L'insuffisance rénale vient souvent

« compliquer l'insuffisance hépatique ; il n'est « donc pas étonnant de voir survenir quelques « symptômes qui lui sont propres. »

Il sera facile de constater que la plupart des symptômes décrits dans cet article ont été notés dans les observations qui font l'objet de cette étude. Les hémorrhagies, en pareilles circonstances, se produiront naturellement plus volontiers par la plaie se faisant par les tissus lésés par suite de la prédisposition locale, résultant du straumatisme et déterminant ainsi la localisation de l'affection générale.

Leur étiologie peut donc, pensons-nous, s'expliquer ainsi, survenant chez des malades atteints de rétention biliaire permanente, opérés tardivement, quand l'intervention chirurgicale n'intervient que comme un traumatisme aggravant leur état et permettant ainsi aux symptômes d'infection grave du foie de se produire.

Il est évident que ces symptômes se produiront plus ou moins rapidement suivant l'état antérieur du foie, la nature de l'obstacle et surtout son siège, car plus il siégera près de l'intestin, plus l'infection sera rapide, comme l'ont démontré les intéressants travaux de Dupré.

CHAPITRE III

Le véritable traitement des hémorrhagies qui font l'objet de cette étude sera, comme on le comprend facilement, avant tout prophylactique. Il est donc très important, pour le chirurgien, de connaître les symptômes de la rétention biliaire permanente afin de pouvoir intervenir de bonne heure, sans attendre que les signes de la cholémie se soient montrés.

Quelles en sont donc les causes les plus fréquentes ? Avec M. Dieulafoy on peut en admettre cinq : 1° L'ictère catarrhal prolongé ; 2° le cancer de l'ampoule de Vater ; 3° le cancer primitif des voies biliaires ; 4° le cancer primitif de la tête du pancréas ; 5° les calculs des voies biliaires qui sont une des causes les plus fréquentes de l'obstruction permanente des gros canaux biliaires par oblitération ou par compression.

La compression du cholédoque peut encore

être produite par un kyste hydatique ; fait fort rare, dont M. Lejars a publié un cas très instructif dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 janvier 1898. L'hypertrophie des ganglions du hile du foie, par la cicatrice d'un ulcère du duodénum (Dieulafoy), par brides et adhérences du voisinage qui sont autant de causes de rétention biliaire, rares, il est vrai, mais auxquelles le chirurgien devra toujours penser le cas échéant. Le diagnostic différentiel sera surtout à faire entre l'obstruction d'origine calculeuse et celle produite par un néoplasme. On a indiqué beaucoup de signes comme étant particuliers au cancer de la tête du pancréas : l'amaigrissement très rapide, la diminution du taux de l'urée, la persistance de la réaction du salol, etc., etc..., sont de bons signes mais qui, il faut le savoir, peuvent tromper, et même, dans certains cas, l'intervention chirurgicale ne permettra pas d'être fixé de suite sur la nature de l'obstacle, comme le démontre une observation dont nous parlerons plus loin.

Aussi, quelle que soit la cause de la rétention biliaire, pourquoi s'y arrêter, puisque de toutes façons il y a tout intérêt à agir le plus rapidement possible ? S'il s'agit d'un embarras

calculeux, ou d'une infection des voies biliaires, l'opération aura d'autant plus de chances d'être curative, qu'elle sera plus hâtive, en sauvegardant la glande hépathique. Si d'un autre côté on a à faire à un néoplasme, la valeur palliative de l'operation sera bien plus grande quand on n'aura point laissé l'insuffisance hépatique se joindre à la cachexie cancéreuse. Il est évident que si le malade dont il est question dans notre observation n° II avait été, ainsi que le conseillait M. le Professeur Weiss, opéré plus tôt, très probablement la complication qui nous intéresse ne se serait pas produite et la survie aurait été assez longue, étant donné la localisation néoplasique. A ce sujet, nous ne pouvons mieux faire que de rappeler l'observation que M. Reclus communiqua à la Société de chirurgie en 1893. Il s'agissait d'un ictère par rétention due à l'occlusion du cholédoque survenu chez un jeune Portugais ; le diagnostic pathogénique était des plus difficiles et les avis très partagés. Une cholécystostomie permet de constater que le cholédoque, vers la tête du pancréas, est nettement oblitéré par un calcul gros comme une noix, si enclavé et si profondément situé que son extraction paraît impossible.

Une cholécystentérostomie est faite, les suites furent normales et le malade, qui était très amaigri au moment de l'intervention chirurgicale, regagna très rapidement son embonpoint et trois mois après il était en pleine santé.

Mais, après quelques mois d'une amélioration progressive, il se produisit des douleurs dans l'abdomen, l'état général redevint mauvais et le malade maigrit beaucoup. Une nouvelle opération est faite et permet de constater qu'il s'agissait d'un cancer inopérable du pancréas. L'état général s'aggrava très rapidement et la mort eut lieu dix mois après la première intervention.

Cette observation prouve une fois de plus que le diagnostic différentiel est souvent fort difficile ; mais qu'il faut toujours tenter une opération quand l'état du malade le permettra, même quand on suppose être en présence d'un néoplasme, la survie procurée par l'opération étant, dans certains cas, fort appréciable.

Ce qui fait que le chirurgien intervient souvent tardivement en pareil cas c'est que les symptômes de la rétention biliaire permanente sont loin d'être précis, surtout au début. On sait qu'elle est caractérisée par le syndrome,

ictère persistant, décoloration des selles, diminution des urines, qui contiennent beaucoup de pigments biliaires, amaigrissement très rapide, troubles digestifs et augmentation de volume du foie. Mais il faut bien le dire, certains de ces symptômes peuvent être trompeurs, l'ictère peut manquer, une petite quantité de bile continuant à s'ecouler entre le calcul et la paroi dilatée ; aussi, ne faudra-t-il pas se baser sur ce signe, pour prendre une détermination.

Au contraire l'examen attentif des urines, la recherche des pigments biliaires, de l'urobiline en particulier, de l'indican, l'épreuve de la glycosurie alimentaire, seront des guides précieux pour le chirurgien ; il en sera de même de la recherche de l'albumine et de l'épreuve de la perméabilité rénale qui sera faite à l'aide du bleu de méthylène ou bien du rouge de Lépine et permettra de constater s'il existe des troubles rénaux dus à l'insuffisance hépatique.

On comprend combien il est urgent d'intervenir, surtout en matière d'obstruction calculeuse du cholédoque, puisqu'une guérison radicale sera la règle, si l'opération a lieu de bonne heure ; tandis que si l'on attend que la cellule hépatique, sous l'influence de la stagnation de

la bile infectée, soit désorganisée et qu'alors, comme nous le disions plus haut, elle n'agira plus que comme facteur aggravant.

De là, la nécessité d'intervenir chirurgicalement de bonne heure en pareille circonstance si l'on veut éviter que des complications et, entre autres, des hémorrhagies, ne se produisent. La radioscopie n'a pu être jusqu'à présent utilisée, dans l'obstruction calculeuse des voies biliaires. Il est évident que le jour où, grâce à un perfectionnement qui ne peut manquer de se produire, l'on pourra voir exactement le calcul, et se rendre compte de sa grosseur et de sa situation, il n'y aura plus aucun motif pour attendre des mois entiers qu'un traitement médical ait prouvé son impuissance, l'on aura recours de suite au bistouri du chirurgien.

Malheureusement, actuellement l'intervention chirurgicale n'est admise dans la rétention biliaire que quand celle-ci dure depuis longtemps déjà, et que souvent le malade est en pleine cholémie.

Pour M. Chauffard (1) « l'oblitération calculeuse du cholédoque comporte une intervention chirurgicale, dès que l'ictère dure, malgré le

(1) Traité de thérapeutique appliquée, fascicule XIII.

traitement médical, deux à trois mois et que la nutrition générale est atteinte ou que des accidents infectieux se montrent. » Dans deux leçons cliniques, faites depuis peu sur l'oblitération permanente du cholédoque, M. le professeur Dieulafoy (1), qui est bien plus radical que beaucoup de chirurgiens, quand il s'agit de l'appendicite, reconnaît bien que, dans le cas qui nous occupe, la guérison ne peut être obtenue que par intervention chirurgicale et que celle-ci ne doit pas être différée au-delà du quatrième mois, surtout si elle est absolue. Mais ce maître ne croit pas devoir appeler l'attention sur les complications qui peuvent se produire quand l'opération a lieu tardivement.

Et malheureusement, il faut bien le dire, beaucoup de chirurgiens ont la même tendance.

MM. Ternier, Quénu, Forgue, etc., etc., estiment qu'elle est indiquée, lorsque les phénomènes de rétention durent depuis plus de trois mois.

Notre maître, M. le professeur Weiss, est à juste titre, croyons-nous, d'avis d'intervenir le plus rapidement possible dès que le diagnostic est à peu près certain ; la laparotomie explora-

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1897-1898.

trice devant même, dans certains cas, être employée comme diagnostic et se terminer suivant le cas par une des trois opérations suivantes : cholécystostomie, cholédocotomie et enfin la cholécystentérostomie, qui doivent être pour lui, sauf exception, les seules opérations à retenir de toutes celles proposées actuellement en pareille circonstance.

Comme nous le disions plus haut, c'est vouloir risquer de faire perdre à son malade le bénéfice de l'opération en intervenant tardivement ; celle-ci, selon nous, devra être d'autant plus précoce qu'un état pathologique antérieur du foie permettra de supposer que cet organe est prédisposé par ce fait à l'insuffisance. En agissant ainsi l'on pourra éviter presque complètement la production des hémorrhagies post opératoire, d'origine infectieuse.

CHAPITRE IV

Quand, par suite des circonstances, l'on interviendra tardivement dans l'obstruction biliaire, et qu'à la suite de cette opération il se produira des hémorrhagies dues à l'insuffisance de la glande hépatique, l'on devra, avant tout, insister sur le traitement général, et avoir recours aux médicaments ayant pour action d'augmenter la sécrétion de la bile et de produire l'asepsie de ses conduits. Suivant M. Chauffard, le salicylate de soude jouirait de cette propriété ; à son défaut, en cas de lésions rénales, il recommande le benzoate de soude.

L'opothérapie hépatique, suivant la méthode de MM. Gilbert et Carnot, trouvera sans doute ici des indications précises, car il est acquis déjà qu'elle est capable de faire disparaître, au moins momentanément, certains signes d'insuffisance tels que l'urobilinurie, l'indicanurie et la glycosurie alimentaire.

Le traitement local de ces hémorrhagies variera suivant leur siège, quand elles se produiront par la fistule biliaire, en cas de cholécystostomie ; opération qui s'impose en pareil cas, car elle réalise le drainage des voies biliaires, puisqu'elle permet à la bile septique de s'écouler librement au dehors. Il faudra faire, dans l'intérieur de la cavité de la vésicule biliaire, des lavages avec un liquide antiseptique chaud, et ensuite la tamponner, en ne faisant pas autant que possible une compression trop énergique, afin de permettre à la bile de filtrer à travers le pansement, ce qui est des plus important. En cas d'échec, l'on pourra avoir recours à la ferripyrine, en solution de 18 à 20 pour 100. On sait que ce médicament est un mélange d'antipyrine et de perchlorure de fer ; c'est un hémostatique et un astringent très puissant, qui présente sur le perchlorure de fer l'avantage de ne point être caustique et serait même légèrement anesthésique.

Le sérum gélatinisé sera également employé dans les mêmes conditions et, comme avec la solution de ferripyrine, l'on pourra y tremper des bandelettes de gaze stérilisée, avec lesquelles le tamponnement de la vésicule ou du

cholédoque sera fait suivant les cas. Il faudra renouveler les pansements, le moins souvent possible, étant donné la facilité avec laquelle l'écoulement du sang se reproduit en cas d'infection du foie. Il suffira souvent de la rupture d'adhérences que la gaze du pansement aura contractées avec les tissus pour voir une nouvelle hémorrhagie se montrer et dont il sera quelquefois fort difficile de se rendre maître. Aussi, vaudra-t-il mieux, dans certains cas, laisser les parties adhérentes du pansement que d'employer une certaine violence pour les détacher. L'exploration et le cathétérisme seront autant que possible évités lorsqu'on se trouvera en présence de cette complication ou même que l'on aura des raisons de la voir se reproduire.

Si, malgré les moyens que nous indiquons, l'hémorrhagie persiste, de légères cautérisations au thermo-cautère ou même au galvano-cautère des points d'où le sang paraît venir seront à conseiller. L'air surchauffé à 300 ou 400 degrés suivant la méthode de M. P. Carnot pourra être également employé. Tout naturellement on insistera si cela est possible sur les injections de sérum artificiel qui viseront ici un double but, agissant sur l'anémie post-hémorrhagique et

surtout contre les symptômes de l'infection générale.

Lorsqu'il se produira des hématémèses, on soumettra le malade à la diète absolue, le nourrissant à l'aide de lavements alimentaires et en faisant avec beaucoup de précautions des lavages de l'estomac avec une solution de ferripyrine ou de sérum gélatinisé. Enfin, quand l'on se trouvera en présence d'une autre variété de ces hémorrhagies, l'on devra recourir au traitement local qu'elles réclament suivant les cas et insister sur le traitement général.

Cependant dans certains cas, surtout lorsque l'on ne sera pas bien fixé sur la nature de l'hémorrhagie et que l'état du malade le permettra, il ne faudra pas hésiter à intervenir une seconde fois, afin de tâcher de se rendre compte de la cause de celle-ci. Si elle paraît provenir de l'intérieur de la vésicule, nous croyons que l'on devra réséquer une partie de cet organe, dont le fond sera suturé à la paroi et permettra l'établissement d'une fistule biliaire qui aura pour but de drainer au dehors les voies biliaires et de s'opposer à l'élévation de la pression intra-canaliculaire.

Mais quoi qu'on fasse, quand, sous l'influence

de la stagnation biliaire prolongée, la dégénérescence du foie par suite de l'infection est complète, il est évident que l'on ne pourra se rendre maître des hémorrhagies qui se produiront en pareille circonstance et qui seront un symptôme de l'insuffisance hépatique et non dues à une faute opératoire.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite).

Due à l'obligeance de MM. Braun et Richon, chefs de cliniques et de M. Gousset, interne des hôpitaux.

Le nommé Claude B..., âgé de 56 ans, ouvrier de forges, entré le 13 décembre 1898 dans le service de M. le Professeur Bernheim, atteint d'ictère depuis treize jours. Il y a un mois, ce malade aurait été atteint, à l'épaule droite, au niveau de la partie externe de la clavicule, par le volant d'une machine à vapeur et fut même roulé jusque sous lui. A la suite de ce traumatisme, il n'a présenté qu'une vaste ecchymose dans la région sous-claviculaire, il n'y eut pas de fracture et la guérison eut lieu quinze jours après. L'ictère a débuté brusquement dès le premier jour, les selles furent décolorées et les urines émises en petite quantité très ictériques, mais ne contenant pas d'albumine. Ce malade n'a jamais souffert du foie ni éprouvé de troubles digestifs jusqu'à ce jour.

État actuel. — Constitution bonne, tempérament mixte, température 37° le matin, 37°6/10 le soir ; le pouls régulier égal à 68, homme bien constitué, amaigri. Il existe du prurit qui a diminué depuis deux jours et de la xanthopsie, le foie ne paraît pas augmenté de volume. Au niveau de la contusion, on constate une co-

loration ecchymotique de la peau et un certain gonflement des régions sus et sous-claviculaires. La partie externe de la clavicule est épaissie mais pas douloureuse.

Les bruits du cœur sont nets à l'examen du thorax, rien à noter en avant : en arrière, dans les deux bases, des râles sous-crépitants fins. L'estomac est dilaté, malgré le traitement, régime lacté, benzo-naphtol, lavements froids, etc., etc... Les urines restent aussi chargées, le foie augmente de volume, l'amaigrissement se produit rapidement ; mais l'intelligence reste nette. Vers le 22 décembre, le malade se met à vomir tout ce qu'il prend, deux à six heures après avoir mangé ; le foie atteint l'ombilic, il est lisse et régulier, sensible à la pression ; la vésicule biliaire est augmentée de volume et forme une saillie globuleuse limitée, mais peu douloureuse.

Le diagnostic, qui avait été au début ictère infectieux bénin, change, et M. le Professeur Bernheim croit être en présence d'un néoplasme des voies biliaires. Devant les symptômes manifestes de rétention biliaire, Claude B... est évacué dans le service de M. le professeur Weiss. A ce moment, l'ictère est intense, généralisé, les selles sont complètement décolorées, les urines contiennent des pigments biliaires en abondance ; M. Weiss hésite à porter un diagnostic précis et décide de faire une cholécystostomie en raison des symptômes graves de rétention biliaire en présence desquels il se trouve.

L'opération a lieu le 3 janvier. On pratique une incision au niveau du bord externe du muscle droit. Cette incision, longue d'environ 10 centimètres, commence au niveau des cartilages des dernières côtes ;

après avoir incisé successivement la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose, les muscles, on aperçoit enfin la vésicule énorme qui est gonflée et augmentée de volume dans tous ses diamètres.

La vésicule est ponctionnée à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy muni d'une aiguille assez fine ; on retire ainsi une certaine quantité de bile épaisse et visqueuse. Cette ponction ne permettant pas de se rendre compte exactement de la cause de l'obstacle, celle-ci est largement incisée au bistouri, il s'écoule aussitôt une grande quantité de bile identique à celle retirée par la ponction. La quantité totale de liquide aspiré peut être évaluée à 200 ou à 300 centimètres cubes.

Après l'incision, on voit de nombreux petits graviers sortir de la vésicule à la faveur du flux biliaire ; la plupart de ces calculs sont petits, les uns à peine gros comme une tête d'épingle, les autres un peu plus volumineux. Deux même sont assez gros et atteignent presque le volume d'un dé à jouer. L'on compte ainsi jusqu'à 437 calculs et l'un d'eux, profondément enclavé dans le canal cholédoque qu'il oblitère, n'est retiré qu'à grand'peine.

L'investigation de la vésicule et des tissus voisins ne permet pas de constater aucune autre lésion et pas de trace de néoplasme.

La vésicule est alors suturée à la peau et l'on place dans sa cavité un drain de gaze iodoformée, après avoir fait un lavage soigné à l'aide d'une solution antiseptique chaude et constaté qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie. Aussitôt après l'opération, l'on injecte au malade environ 100 centimètres cubes de sérum artificiel dans le tissu cellulaire de la cuisse. Le soir, la bile a déjà

complètement traversé les pièces du pansement et l'on s'apercoit bientôt qu'il s'est produit une hémorrhagie en nappe assez abondante dans l'intérieur de la vésicule.

On lave cette cavité avec une solution antiseptique très chaude et l'on retire de nombreux caillots.

4 et 5 janvier. — Pendant ces deux jours, l'hémorrhagie se reproduit et malgré l'examen le plus minutieux, il est impossible de trouver le point d'où vient le sang ; en même temps le malade s'affaiblit, l'amaigrissement augmente, des vomissements se produisent malgré la diète liquide, rigoureusement observée depuis l'intervention.

Les urines n'ont pas augmenté de volume et sont aussi ictériques ; enfin l'on note tous les signes de l'insuffisance hépatique. Les injections de sérum artificiel sont continuées matin et soir à la dose de 250 centimètres cubes chaque fois. Voyant que les injections chaudes ou froides n'arrêtaient pas l'hémorrhagie, M. le Professeur Weiss pratiqua dans l'intérieur de la vésicule une injection de ferripyrine en solution concentrée.

6 janvier. — L'état du malade est stationnaire, la teinte olivâtre de la peau paraît un peu moins foncée et l'on fait encore un lavage de la vésicule et une nouvelle injection de ferripyrine est faite ; les selles sont toujours décolorées. Le sérum artificiel continue à être employé à la même dose, dans la soirée une nouvelle hémorrhagie se produit, la nuit est mauvaise, le malade est agité, nerveux, sans sommeil, il vomit à nouveau d'une façon inquiétante.

7 janvier. — L'affaiblissement s'est accentué, pour tâcher de découvrir le siège de l'hémorrhagie, M. Weiss

introduit dans l'intérieur de la vésicule biliaire une petite lampe électrique alimentée par une pile Chardin ; on peut alors voir facilement toutes les anfractuosités de cet organe. Malgré cela, l'exploration ne fournit pas de renseignements utiles, aucun vaisseau important ne donnant de sang. Une nouvelle injection de ferripyrine est faite dans la vésicule, puis celle-ci est tamponnée avec de la gaze iodoformée, stérilisée, imbibée de cette solution.

8 janvier. — Le sang continuant à suinter dans l'intérieur de cet organe, on introduit à nouveau la lampe électrique et, à la faveur de cet éclairage, ses parois sont cautérisées avec prudence à l'aide du thermo-cautère, porté au rouge sombre. Les symptômes généraux s'aggravant, le malade meurt dans la soirée.

Autopsie. — Ne put malheureusement être faite qu'incomplètement. Les bords de la fistule biliaire adhèrent intimement à la peau ; la vésicule et le canal cholédoque, qui est très dilaté dans sa partie supérieure, sont libres ; ils ne contiennent que des caillots, mais pas de calculs. L'examen attentif de cette région ne permet pas de constater la blessure d'un vaisseau, ou la rupture d'adhérence pouvant expliquer la cause de ces hémorrhagies. Le foie est très augmenté de volume, il est jaune safran ; sa section le montre sous l'aspect d'une masse jaune molle, marbrée par endroits par la bile qui est très colorée. La rate est tuméfiée, diffluente, les reins sont augmentés de volume et assez mous. Les autres organes abdominaux sont sains.

N. B. — L'examen micrographique du foie n'a pu être fait, le garçon n'ayant pas conservé cette pièce qui avait été placée dans le formol.

Observation II (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Professeur Weiss.

M. X..., officier, entré le 16 février 1898 à la Maison de Santé de la Tour Saint-Lambert. Depuis un an environ, sa santé générale, qui avait été fort bonne auparavant, s'est altérée sous l'influence de contrariétés et, depuis trois mois, il est atteint des accidents actuels.

A cette époque, ce malade a été pris brusquement d'ictère sans avoir jamais présenté de symptômes de coliques hépatiques. Malgré le traitement médical, mis en usage en pareille circonstance, l'ictère augmenta sans présenter aucune rémission, au point que la peau est d'un vert olivâtre très foncé. En même temps se sont montrés, depuis un mois surtout, tous les signes de la cholémie : anorexie, vomissements alimentaires, démangeaisons intolérables, urines ictériques peu abondantes et surtout un amaigrissement très prononcé. Au moment de l'admission de cet officier à la Maison de Santé, sa maigreur est squelettique, et la perte des forces est telle que son état est en somme fort inquiétant.

Localement, on constate une augmentation assez considérable du foie, dont le bord inférieur déborde les fausses côtes, et la vésicule biliaire trés distendue forme une tumeur très appréciable en dehors du muscle droit.

Depuis plus d'un mois, la cholécystostomie avait été conseillée, mais malheureusement l'intervention chirurgicale n'avait pu être obtenue. Je propose cette opération qui est acceptée, sans en méconnaître la gravité ;

l'amaigrissement est tel, la cholémie si prononcée, que les chances de réussite opératoire paraissent bien faibles, d'autant plus que nous soupçonnons un néoplasme du pancréas.

17 février. — Je pratique la cholécystostomie avec l'assistance de M. le Professeur agrégé Février ; le ventre ouvert, la vésicule est ponctionnée ; il s'écoule par le trocart trois quarts de litre de bile ; on sent alors une tuméfaction vague de la tête du pancréas, mais sans pouvoir trouver de granulations cancéreuses.

Après une suture séro-séreuse préalable, la vésicule est suturée à la peau. On tente alors le cathétérisme des voies biliaires, mais sans résultats, car il est impossible de franchir le cholédoque.

En raison de l'état d'affaiblissement du malade, je me décide à remettre la restauration du trajet biliaire à une séance ultérieure, si le malade se remonte.

Cette opération est suivie d'abord d'un soulagement très marqué, aucun accident péritonéal n'en est la conséquence. Le soir il s'écoule une grande quantité de bile qui salit le pansement que l'on est obligé de changer.

Les jours suivants, le foie continue à se dégorger de la bile qu'il contient ; pas de fièvre, pouls normal, le ventre est plat, indolore. Le régime lacté est très bien supporté et le malade se sent mieux.

Le quatrième jour l'état est très satisfaisant. J'avais donc le meilleur espoir d'arriver à une solution favorable, quand, le sixième jour, il se produisit des vomissements alimentaires, qui ne tardèrent pas à devenir sanguinolents. Le malade est mis à la diète et on lui prescrit de la glace.

Le lendemain, l'hématémèse se renouvelle ; c'est un

sang un peu diffluent, et de teinte biliaire qui est expulsé par l'estomac. Ces hémorrhagies sont accompagnées de symptômes généraux graves, la faiblesse est considérable et l'alimentation par la bouche presque impossible. Pour y remédier, je fais faire des injections de sérum artificiel.

Malgré tous les traitements mis en usage contre les hématémèses, le malade succombe le 28 février, 11 jours après l'opération, sans avoir présenté aucune réaction péritonéale et par affaiblissement progressif.

L'autopsie n'a pas été faite.

Observation III (résumée).

Ricard — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, 1898, p. 656.

Il y a trois ans, M. X... était pris de rétention biliaire d'origine calculeuse, avec fièvre, ictère intense, état général mauvais. L'intervention me permit d'extraire de sa vésicule trois gros calculs polyédriques. Mais l'obstruction tenait à des calculs du cholédoque que je pus extraire par l'incision du canal. A la suite du drainage, une fistule biliaire s'établit et persista six semaines environ ; le malade récupéra ensuite la plus parfaite santé.

Deux ans après, nouvelle atteinte de rétention biliaire, pour laquelle je revis le malade, mais la crise fut de courte durée.

Il y a deux mois, une nouvelle rétention avec accès de fièvre intense nécessita une intervention, qui fut dif-

férée de quelques jours, dans l'espoir de voir la crise céder comme lors de la précédente atteinte.

Or, cette intervention détermina chez ce malade des hémorrhagies tellement abondantes et tellement diffuses, qu'étant donné son état de faiblesse extrême, je dus ne pas prolonger l'opération. L'incision de la peau, le décollement des adhérences épiploïques ou intestinales, amenèrent des hémorrhagies en nappe que la compression seule arrêtait. De plus, comme dans le cas de M. Schwartz, la vésicule avait complètement disparu ; les voies biliaires étaient confondues dans un tissu induré qui masquait tous les points de repère.

Dans ces conditions, je ne persistai pas dans une tentative opératoire ; un tamponnement serré arrêta l'hémorrhagie. Mais, comme on pouvait le prévoir, l'intervention n'apporta aucun remede à la rétention et, quelques jours après, le malade succombait.

Observation IV (*in extenso*).

Kuster. — *Vehr. Deut. Gesellschaft. f. Chir.*, XX[e] Congrès, p. 400.

Femme Br..., 49 ans, veuve d'un pasteur, admise à l'hôpital Augusta le 7 juin 1890, et sortie le 30 juillet 1890.

Depuis deux ans, la malade souffre d'accès de coliques : ces douleurs sont extrêmement violentes, aussi bien dans le ventre que dans l'échine, et durent environ trente heures. Pendant ces accès, la malade prend

régulièrement de la morphine et, par suite, s'épuise beaucoup.

Au début, l'intervalle des accès était de six semaines, plus tard il fut de quatre semaines, maintenant ils reviennent tous les huit jours et sont accompagnés de fièvre.

Environ deux heures après l'accès, la peau présente une coloration jaune, et cette coloration ne disparaît jamais complètement, mais ne fait que s'atténuer. Les selles sont irrégulières, il y en a quelquefois trois par jour, puis survient une constipation de plusieurs jours. Assez souvent, six heures environ après la fin de l'accès, le médecin de la malade a trouvé des graviers dans les selles.

Ce printemps, la malade a pris pendant neuf jours 100 grammes d'huile par jour ; elle est allée à Karlsbad, a bu à la source de l'Empereur et à celle du Rocher ; elle a pris de l'eau du Spindel. Tout cela sans résultats.

L'état général s'est aggravé, il y a du malaise, de la fatigue, surtout lors de la marche ; des douleurs se font sentir dans la région inguinale et l'échine.

Le poids de la malade est descendu de 140 livres à 88. A chaque accès, l'urine est épaisse, brune, et la malade souffre en urinant. Quelquefois, vingt-quatre heures se passent avant que l'urine puisse s'écouler, et pendant ce temps survient une oppression extrêmement pénible. A tout cela se sont ajoutées, dans ces derniers temps, des migraines.

La malade a eu sept enfants et est encore bien réglée; cependant les menstrues s'arrêtèrent trois mois, temps pendant lequel les douleurs furent plus intenses. Le dernier accouchement date de dix-huit ans.

Les selles furent toujours de couleur d'argile, et c'est seulement depuis sa cure à Karlsbad qu'elles sont devenues un peu foncées.

Etat actuel. — Malade débilitée, amaigrie. Peau et muqueuses fortement ictériques. Urines troubles. Selles foncées. Amaigrissement considérable. Douleur constante du foie : la partie inférieure de cet organe, du côté des côtes et dans la région lombaire, forme une voussure pouvant être prise au palper pour une tumeur. Sensibilité douteuse de la vésicule biliaire. Entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic on perçoit la résistance prévertébrale. Pas de fièvre. Accès de coliques fréquents, pas de vomissements.

En réunissant tous les symptômes et vu l'existence de l'ictère, il était impossible de mettre en doute l'obstruction calculeuse des conduits biliaires. Cette obstruction pouvait avoir son siège dans le canal hépatique ou dans le cholédoque. Toutefois, l'efficacité relative de la cure de Karlsbad et la coloration momentanée des matières fécales plaidait plutôt pour une obstruction du cholédoque. C'est d'après ce diagnostic que fut entreprise et faite l'opération.

Laparotomie le 11 juin. — Incision transversale de 10 centimètres au-dessous et parallèle à la région costale. Après avoir ouvert le péritoine, on tombe sur de fortes adhérences entre le gros intestin et la partie inférieure du foie, puis avec la vésicule biliaire. Ces adhérences sont rompues, peu à peu jusqu'à dégagement complet de la vésicule, qui n'est pas dilatée et ne contient pas de calculs. Par contre, on trouve deux calculs dans un cordon inférieur gros comme le doigt ; après dégagement complet du duodénum, ce cordon est re-

connu nettement pour être une partie du canal cholédoque élargi. Après avoir protégé les parties environnantes par de la poudre d'iodoforme, j'incisai le canal au-delà de la dilatation, j'en écartai les parois par des fils à sutures et je réussis à retirer deux gros calculs, ainsi que plusieurs de la grosseur d'une lentille. Suture au catgut de l'incision du cholédoque, longue de 2 centimètres ; au-dessus, suture continue avec de la soie très fine.

Les régions environnantes furent tamponnées avec de la gaze iodoformée, puis je nettoyai mon champ d'opération.

Suture de l'ouverture abdominale.

Pansement. Durée de l'opération : une heure.

La réaction se produisit surtout du côté du péritoine.

La plaie devint humide et se couvrit de sécrétions ictériques surtout et de sang à moitié décomposé.

L'ictère augmente rapidement, au lieu de diminuer.

Les selles deviennent décolorées et fétides. Le tampon se détacha au bout de cinq jours, et il ne resta qu'une fistule d'où le sang coulait lentement.

22 juin. — L'écoulement devint brusquement très intense. En tamponnant la fistule, je tâche en vain de l'arrêter. Je fends alors la fistule, de façon à réouvrir toute la plaie abdominale. Dans la profondeur, vers la cavité de l'abdomen, tout était bien fermé : une séparation des organes était impossible. Le conduit fistuleux était tapissé de granulations jaunâtres, flasques, et saignait fortement. Termo-cautérisation et tamponnement énergique : depuis lors, le sang cessa de couler.

L'ictère diminua, les selles redevinrent très bilieuses

et la malade se remonta facilement. Ces jours derniers, les selles sont de nouveau colorées. Appétit convenable.

24 juin. — L'aspect des selles varie, elles sont de temps en temps argileuses. L'ictère a complètement disparu ; l'état général est bon, sauf de rares douleurs dans la région de la vésicule biliaire. Le côté droit du foie grossit et est sensible au toucher. Plaie granuleuse, de beaucoup diminuée.

Le 30. — Plaie absolument guérie. Pas de douleurs. Bien-être remarquable. Exeat.

En novembre 1890, l'on m'écrit que des accès de douleurs étaient revenus.

La malade arriva à Strasbourg au printemps de 1891. Son aspect était indubitablement meilleur qu'avant l'opération ; pourtant, depuis l'automne précédent elle souffrait de temps en temps. Je lui conseillai une cure nouvelle à Karlsbad.

En septembre 1891, je reçus la nouvelle qu'elle avait éliminé deux pierres à Karlsbad et que, depuis, les coliques avaient disparu.

Observation V.

Quénu. — *Thèse de Lepetit*, Paris, 1894, p. 74.

Valentine B..., 41 ans, ménagère, entrée le 15 janvier 1894 à l'hôpital Cochin, pavillon Pasteur.

Antécédents héréditaires. — Père mort assassiné. Mère vivante, bien portante. Sœur morte à 39 ans, tuberculeuse.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été bien portante ; ne se rappelle avoir eu aucune maladie quelconque. Réglée à 15 ans, elle est mariée à 20 ans. 7 enfants. 3 sont morts, 4 sont bien portants.

Depuis trois ans, la malade n'a plus ses règles.

Jamais de coliques hépatiques ; pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. — Au mois d'octobre 1893, la malade s'aperçoit que sa peau se colore en jaune, les yeux deviennent jaunes ; aucune souffrance ; appétit conservé ; selles grisâtres ; urines épaisses et foncées.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; la vésicule biliaire semble avoir ses dimensions normales ; on ne sent absolument rien par la palpation dans l'intérieur du ventre.

Le pouls est normal ; à l'auscultation du cœur, on entend un souffle tricuspidien.

La malade nous dit que depuis le mois de décembre elle a maigri beaucoup, et que son appétit a diminué ; elle ne peut pas supporter la viande.

La peau présente des écorchures, par grattage, pour calmer le prurit, très intense.

A son entrée, elle avait un furoncle dans l'aisselle droite, furoncle qui donnait issue à un pus jaune ; en deux jours, il est guéri pour faire place à deux autres : un dans la même région et un autre dans la région pectorale droite.

Ces deux furoncles ont mis dix jours pour guérir.

Urines : 800 grammes dans les 24 heures ; 18 grammes d'urée par litre ; pigments biliaires en abondance ; un peu de sucre.

Opération le 14 février 1894. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, un peu au-dessous de

l'appendice xiphoïde, dans une étendue de 12 centimètres environ.

Les parois abdominales sont écartées. Le foie est gros, il déborde les fausses côtes. La vésicule biliaire pâle, atrophiée, a son fond à 2 ou 3 centimètres du bord antérieur du foie.

L'épiploon gastro-hépatique est déchiré. Le canal cholédoque laisse sentir un calcul gros comme une olive, très mobile, allant jusqu'au duodénum.

M. Terrier, qui assiste M. Quénu, passe une main au-dessous du pédicule du foie et l'attire en dehors ; cette manœuvre produit une coudure du cholédoque et fixe le calcul.

M. Quénu incise le cholédoque au bistouri.

Une pince est appliquée sur chaque lèvre de l'incision. Avec la sonde cannelée, le calcul est dégagé.

Sutures à la soie fine du cholédoque ; cinq points de suture très rapprochés. Un des fils coupe les tissus et est remplacé.

Deuxième plan de sutures à la soie pour réunir les débris de l'épiploon gastro-hépatique.

Suture de l'épiploon gastro-hépatique à la paroi abdominale, de chaque côté, pour former une cavité prismatique qui, limitée en haut par le foie et en bas par le duodénum, a son sommet au niveau de l'incision du cholédoque. Drain moyen placé dans cette cavité.

Suture en étages de la paroi abdominale.

Pansement iodoformé.

14 février. — Trois vomissements dans l'après-midi. A 7 heures et à 7 heures et demie, vomissements de sang avec un peu de bile. A 8 heures, un autre vomis-

sement de sang. On peut évaluer de 7 à 8 cuillerées à bouche la quantité de chaque vomissement.

T. : 37° ; 90 pulsations.

Le 15. — Vomit plusieurs fois, une très petite quantité de liquide noirâtre à chaque fois.

On refait le pansement : il est imprégné d'une petite quantité de sang ; pas de suintement de bile.

400 grammes d'urines : elles paraissent un peu moins colorées qu'avant l'opération.

T. : le soir, 37° 8 ; rend des gaz par l'anus.

Le 16. — T. : matin, 37° ; pouls, 98.

Pansement : il n'est taché que de trois gouttes de sang.

T. : soir, 37° 9 ; pouls, 114. Vomit deux fois un liquide noirâtre.

Urines : 600 grammes.

On lui injecte 200 grammes de sérum artificiel.

Le 17. — T. : matin, 37° 5. Vomit une fois.

Langue sèche, traits tirés, agitation, subdélire, prostration très prononcée. Depuis 48 heures, la peau est devenue de nouveau très jaune. Enfin on a tous les signes de la cholérine.

M. Quénu enfonce un trocart dans la vésicule pour donner issue à la vésicule, si elle en contient, mais il ne sort rien.

Urines : 500 grammes.

Injection de 500 grammes de sérum.

T. : soir, 38° 6.

La malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — L'estomac est plein de bile ; l'intestin et l'épiploon sont colorés en vert. Aucune trace de fausses membranes.

Le gros intestin renferme des matières colorées ayant à leur centre un mastic blanc, crayeux.

Pancréas : semble normal.

Rein : jaune, sans lésions apparentes.

Intestin grêle : tapissé par une espèce de matière noirâtre qu'on trouve d'autant plus grande qu'on se rapproche du duodénum.

Rate : petite, rien de spécial.

Duodénum : très dilaté.

Le fond de la vésicule adhère au duodénum et il est impossible de les séparer ; le fond de la vésicule est distant du bord du foie de 3 centimètres 1/2.

Le fond de la vésicule adhère de tous côtés au foie et forme comme un centre de rétraction : le foie est strié de nombreux petits sillons dus à cette rétraction de la vésicule. D'ailleurs, à ce niveau, lésions très nettes de périhépatite.

La vésicule est extrêmement petite, atrophiée ; elle renferme une espèce de matière colorée, épaisse, qui semble un mélange de sang et de bile, qui la remplit tout entière.

Le canal cystique est absolument libre : un stylet introduit dans l'ampoule de Vater pénètre indifféremment dans le canal hépatique et dans la vésicule biliaire.

Les sutures du cholédoque sont intactes.

On incise le cholédoque de bout en bout, ainsi que la vésicule et le canal cystique et les conduits hépatiques.

Le cholédoque est obturé par un caillot sanguin ; les conduits hépatiques sont remplis de la même matière noirâtre que la vésicule ; ils aboutissent à une espèce de carrefour, où se trouve l'orifice du canal cystique.

De ce carrefour commun au fond de la vésicule bi-

liaire, il y a exactement 15 millimètres; par conséquent, vésicule et canal cystique ne mesurent à eux deux que 15 millimètres.

Le canal cholédoque étalé mesure 3 centimètres de largeur ; la plaie opératoire, vue du cholédoque, mesure 12 millimètres ; il existe à ce niveau une petite excavation peu profonde.

Entre la plaie opératoire et l'orifice duodénal on trouve une longueur de 6 cent. 1/2, et 18 millimètres entre cette plaie opératoire et le carrefour commun au cholédoque, au cystique et aux deux conduits biliaires. Le cholédoque a donc, au total, une longueur de 9 cent. 1/2.

Examen microscopique. — Cet examen a été fait d'une façon très complète par notre ami, le Docteur Macaigne, chef de laboratoire de l'hôpital Saint-Antoine ; nous l'en remercions vivement.

On peut le résumer ainsi :

Le canal cholédoque a sa muqueuse enflammée, desquamée, épaissie ; ses parois ont subi une infiltration embryonnaire abondante, diffuse en certains endroits, en d'autres à l'état d'accumulations comparables aux nodules infectieux, aux abcès miliaires en formation.

La cavité où était logé le calcul n'est pas un diverticule du cholédoque, possédant toutes ses tuniques, c'est une cavité qui s'est creusée dans l'intimité même de ces diverses tuniques. Elle est tapissée d'une couche fibroïde sans épithélium pénétrant à travers les couches du cholédoque en déterminant autour d'elle une infiltration embryonnaire abondante.

Le canal hépatique ne présente d'autres particularités que cette même infiltration embryonnaire.

La vésicule biliaire est très altérée ; la couche épithéliale a disparu ; nombreuses cellules embryonnaires dans l'épaisseur des parois. Accolées à sa surface externe, on trouve les tuniques du duodénum qui lui adhèrent. Elles sont normales, sauf l'absence générale de l'épithélium des villosités.

Le foie a été examiné sur deux fragments : dans l'un, il y avait, à la surface du tissu, des adhérences aux organes voisins. Ces adhérences sont formées de lamelles conjonctives surajoutées à la capsule de Glisson épaissie; elles contiennent dans leur intérieur des cellules embryonnaires et des vaisseaux capillaires. Le tissu hépatique, lui-même, ne présente d'autres lésions qu'une altération des canaux biliaires, et, autour d'eux, une infiltration embryonnaire dans les petits espaces portes.

Dans beaucoup de grands espaces portes, on note l'absence des canaux biliaires ; on trouve à leur place des blocs fibroïdes qui paraissent représenter ces canaux biliaires sclérosés et annihilés.

CONCLUSIONS

1° Quand dans la rétention biliaire, le chirurgien sera appelé à intervenir trop tardivement, il pourra se produire soit par la plaie, soit par tout autre organe, des hémorrhagies graves.

2° Celles-ci ne devront pas être considérées comme une complication directe de l'opération mais bien dues à l'état d'insuffisance du foie ; insuffisance provoquée par l'infection de la glande hépatique sous l'influence de la rétention biliaire prolongée.

3° Le pronostic de ces hémorrhagies dépendra moins de leur abondance que de l'état de déchéance de la cellule hépatique et de la perméabilité rénale.

4° Leur traitement sera surtout prophylac-

tique. C'est en intervenant de bonne heure, dès que le traitement médical aura prouvé son insuffisance, qu'elles pourront être évitées.

Vu :
Le 20 avril 1899.
Le Président de la Thèse,
WEISS.

Vu par le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard et Castaigne. — L'épreuve de la glycosurie alimentaire et ses causes d'erreurs. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1898.

— *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1894-95-96 97-98.

Bard et Pic. — Cancer primitif du pancréas. *Revue de méd.*, avril, mai 1888.

Castaigne J. — Diagnostic de la perméabilité rénale par le procédé du bleu de méthylène. *La Gazette des Hôpitaux*, n° 66, 11 juin 1898.

— *Compte rendu des Congrès des chirurgiens allemands de 1891-93-98.*

Courvoisier. — *Casuistich-Statistische Beitrage zur pathologie und chirurgie der Gallenwege*, Leipzig, 1890.

— Zur Diagnostik der Gallenblasen Krankheiten. *Correspondenzblatt für schw. Ærzte*, 15 novembre 1896.

Crédé. — Zur chirurgie der Gallenstein-Krankheiten. *Verhandl. der deustchen Gesellschaft für chirurgie*, Berlin, 1889, t. XVIII, p. 232-240.

Cruveilhier J. — *Traité d'anat. path.*, 1852.

Chauffard. — *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, t. III.

— *Traité de thérapeutique appliquée*, fascicule XIII, 1898.

— La perméabilité rénale au cours des ictères infectieux. *La Presse méd.*, n° 3, 8 janvier 1898, p. 13.

Chauffard et Cavasse. — Contribution à l'étude de la perméabilité rénale chez les hépatiques. *La Presse méd.*, n° 22, 12 mars 1898, p. 129.

Delagenière. — Technique générale des opérations faites sur les voies biliaires pour lithiase. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, n° 1, 1899.

Denucé. — Tumeurs et calculs de la vésicule biliaire. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886.

Dieulafoy. — Ictère catharrhal prolongé. *Semaine médicale*, 1888.

— *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, tome II, 1897-1898.

Dupré E. — *Manuel de méd.*, Debove et Achard, t. VI.

— Les infections biliaires. *Thèse de Paris*, 1891.

Engel et Moitessier. — *Traité de chimie biologique*, 1897.

Dutil. — *Gaz. méd.*, 1888.

Forgue L. — Indications du traitement chirurgical dans la lithiase et dans les infections des voies biliaires. *Gaz. hebd. de méd.*, 1897.

Fournier. — Origine microbienne de la lithiase biliaire. *Thèse de Paris*, 1895-1896.

Frank. — Cholédochotomie, 10e observation. *Soc. império-royale méd. de Vienne*. Séance du 20 novembre 1891. *In-Mercredi méd.*, 25 novembre 1891, n° 47, p. 596.

Gaston. — Du foie infectieux. *Thèse de Paris*, 1893.

Gilbert A. et Carnot P. — *L'opothérapie*, Paris, 1898.

Gilbert A. et Fournier. — Pathogénie de la lithiase biliaire (historique et étude critique). *La Presse méd.*, nos 41-43, mai 1898.

— *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Girode, t. V.

Gilbert A. et Weil. — L'indicanurie symptôme d'insuffisance hépatique. *Soc. de biologie*, 27 mars 1898.

Gauget. — Influence des affections du foie sur l'état des reins. *Thèse de Paris*, 1894-1895.

Guillemin A. — *La pratique des opérations nouvelles en chirurgie*, Paris, 1895.

Hanot. — La bile incolore, acholie pigmentaire. *Semaine médicale*, 1895, p. 197-199.

— La vésicule biliaire dans l'obstruction du canal cholédoque. *Bull. méd.*, p. 647.

Harley et Rodet P. — *Traité des maladies du foie*, Paris, 1890.

Hartmann H. — Pathogénie de la lithiase. *La Presse méd.*, n° 49, 2 mars 1898.

Jaboulay. — Chirurgie des voies biliaires. *Lyon médical*, 1894.

Jourdan. — *Thèse de Paris*, 1894 1895.

Kehr. — Ein Rückblick auf 209 Gallenstein laparotomieen mit besonderer berück chtigung, gewisser, anelerweitig selten beobachteter Gehwierig Keitenbei, 30, Cholédoctomienn. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1896, bd LIII, p. 362.

— *Munchen, Médic., Wochensch.*, 1897, n° 41, p. 427.

Kümmel. — Zur. chirurgie des Gallenblase. *Deustche med. Wosch.*, 1890, n° 12, p. 237.

— *Deustch. med. Wochens*, 1897, n^{os} 35-36-37.

Küster. — Ein Fall von Cholédocotomie. *Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 2, p. 122.

— Verh. Deut., Gesellschaft. f., chir., *20^{e} Congrès*, p. 400.

Lawson-Tait. — The surgery of the liver. *Edimb. med. Journal*, 1889, p. 305 et 401.

Lepetit. — De la cholédocotomie. *Thèse de Paris*, 1893-1894.

Lejars. — Contribution à l'étude de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire. *Revue de chirurgie*, 1896.

— *Le lavage du sang*, 1897.

— Des indications de l'intervention chirurgicale dans les ictères chroniques. *Gaz. des Hôpitaux*, n° 6, samedi, 15 janvier 1898, p. 46 à 52.

Létienne. — De la bile à l'état pathologique. *Thèse de Paris*, 1891.

Magnin. — *Des accidents de la lithiase biliaire*, 1898.

Mignot. — Recherches expérimentales anatomiques dans les cholécystites. *Thèse de Paris*, 1896.

Mermann. - Contribution à la chirurgie des voies biliaires. D'après la *Semaine médicale*, n° 45, 4 septembre 1895, p. 394.

Mayo-Robson. — *On Gall. Stones*, 1892.

— *In allbut'S. system of med.*, t. IV, 1897.

Naungen. — Die Gallensteinkrankheiten. Congrès de Wiesbaden, 1891. *Klinik der cholelithiasis*, Liepzig, 1892.

Netter et Martha. — *Arch. de physiologie*, juillet 1896.

Osler. — On the symptomes of chronic obstruction of der commun bile duct by Gallstones. *Annales of. Surgery, Masch.*, 1890, p. 161.

Périer. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Congrès français de chirurgie*, 1891, p. 537.

Picqué. — Des indications générales dans la lithiase. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 11 mars 1891 et n° 10.

Paulidès. — *Thèse de Lyon*, 1898.

Quénu. — Etude de la chirurgie du cholédoque par la laparatomie exploratrice. Communication à la *Société de chirurgie*, 1895, et *Progrès médical*, 4 et 11 mai 1895.

Rendu. — Les ictères chroniques. *Semaine médicale*, 11 févr. 1893.

— *Leçons cliniques à Necker*, 1898.

Reclus. — Des avantages de l'entérostomie biliaire dans le cancer de la tête du pancréas avec obstruction du canal cholédoque. *Sem. méd.*, 20 décembre 1893, n° 72, p. 524.

Reclus et Forgue. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, Paris, t. II, 1898.

Rheinsten. — Diagnostic des affections des voies biliaires. *Soc. Méd. de Berlin*, 21 octobre 1891. *Méd. mod.*, 1891, p. 739.

Ricard. — *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, t. XXIV, p. 656.

Riedel. — Sur la lithiase biliaire. *Semaine méd.*, 11 août 1891, n° 19.

Rochet. — Des opérations qui se pratiquent sur la vésicule biliaire et de leurs indications. *Prov. méd.*, 22 novembre, 1890, n° 74, p. 559.

Réunion libre des chirurgiens allemands, Berlin. Intervention sur le cholédoque. D'après la *Gazette hebd.*, 17 févr. 1898, n° 14.

Roux et Michnikof. — *Leçons de bactériologie à l'Institut Pasteur*, 1897.

Stamore Bishop. — *Méd. Chronicle*, avril 1897, p. 27.

Sainton. — Chirurgie de la vésicule biliaire. *Gazette des Hôpitaux*, 24 janvier 1891, n° 11.

Sanchez. — De la cholédocotomie. *Thèse de Paris*, 1898.

Segond. — *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VI.

P. Spillmann et Hausalter. — *Manuel de Diagnostic médical*, 1894.

Surmont. — Toxicité des urines dans les maladies du foie. *Arch. gén. de méd.*, 1892.

Straus. — Des ictères chroniques. *Th. agrég.*, 1878.

Terrier. — Opérations pratiquées sur les voies biliaires. *Congrès français de chirurgie*, 6e session, p. 1892.

— La cholédocotomie. *Revue de chirurgie*, 1892. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXI, p. 221.

Thiriar. — Contribution à la chirurgie des voies biliaires. *Annales de la Société belge de chir.*, 1894, t. II, p. 119.

Tuffier. — Lithiase de la vésicule biliaire et cholécystostomie. *Gazette hebd. de méd.*, 1896, p. 289.

Vautrin. — De l'obstruction calculeuse du cholédoque. *Revue de chirurgie*, 1896.

William White. — M. D. and. Alfred C. Wood ; M. D. Remarks on the occurrence of Galle-Stones, with cases. *University médical Magazine*, vol. X, n° 9, June, 1898, p. 517.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CHAPITRE PREMIER 7

CHAPITRE II 15

CHAPITRE III 21

CHAPITRE IV 29

OBSERVATIONS 35

CONCLUSIONS 55

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 57

Nancy. — A. CRÉPIN-LEBLOND, 21, Rue Saint-Dizier.

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR